Aus der Universitätsnervenklinik der Charité zu Berlin.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Bonhoeffer.

Ueber Kleinhirncysten

Auszug aus der Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der Universität Berlin

von

Kurt Mansbacher
aus Dortmund.

Tag der Promotion: 30.12.1920.

Dortmund 1920.
Druck von Gebrüder Wolff, Dortmund.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.
Dekan: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Killian.
Referent: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Bonhoeffer.

Pathologisch-anatomisch werden verschiedene Arten von Kleinhirncysten unterschieden. Oppenheim und Scholz unterscheiden 1.) Cysten auf Grund angeborener Anomalien. 2.) Die als Begleiterscheinung solider Tumoren vorkommenden Cysten. 3.) Cysten, die auf Erweichungs- oder encephalitische Prozesse sowie auf alte Apoplexien zurückzuführen sind. 4.) Dermoidcysten. 5.) Parasitäre Cysten. 6.) Cysten traumatischen Ursprungs. Scholz fügt als 7. Gruppe die einfachen oder serösen Cysten hinzu. Ebenso teilt Henschen ein, nur faßt er die erste und siebente Gruppe der genannten Autoren zusammen und sucht die serösen Cysten durch Entwicklungsanomalien zu erklären.

Es folgen die Krankengeschichten von drei Fällen, die in der Nervenklinik der Charité in Berlin beobachtet sind. Im ersten Fall handelt es sich um einen Patienten, bei dem etwa 6 Wochen vor Aufnahme in die Klinik allgemeine Erscheinungen eines Hirntumors auftraten, nämlich Kopfschmerzen und Erbrechen. Nach 14 Tagen machten sich Gangstörungen bemerkbar, und außerdem traten Doppelbilder auf. Die Untersuchung ergab beiderseitig starke Stauungspapille. Augenmuskeln: o. B. In den Endstellungen der Bulbi Nystagmus. Die übrigen Hirnnerven waren intakt mit Ausnahme des Facialis, der rechts eine Spur weniger innerviert wurde als links. Beim Gehen und Stehen starkes Schwanken nach links und hinten. Beim Fingernasenversuch und Erheben der Beine geringe Ataxie. Der Kniehackenversuch wurde ohne Störung ausgeführt. Im weiteren Verlauf trat vorübergehend eine linksseitige Abducensparese und Adiadochokinesis auf. Wegen des Ueberwiegens der Erscheinungen der linken Körperseite lag es nahe, an einen Tumor der linken Kleinhirnhemisphäre zu denken. Nachdem die Neisser-Pollacksche Hirnpunktion ergebnislos blieb, ergab erst die Sektion eine Cyste der linken Kleinhirnhälfte, die aus einem erweichten Gliom hervorgegangen war.

Der zweite Fall, bei dem es sich nm ein junges Mädchen handelte, kam ebenfalls zur Autopsie. Auch hier traten zuerst Erscheinungen des gesteigerten Hirndruckes auf, gekennzeichnet durch Kopf- und Nackenschmerzen, Erbrechen und Schwindel. Die Kopfschmerzen wurden im Laufe der Zeit immer heftiger. Meistens war es die Schläfengegend oder überhaupt der ganze Schädel, der schmerzte. Einmal vorübergehend Hinterhauptskopfschmerz. Gestützt wurde die Diagnose eines raumbeengenden Prozesses im Schädelinnern durch beiderseitig vorhandene Stauungspapille. Patientin hatte viel unter Ohrensausen und Flimmern vor den Augen zu leiden Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven fehlten, nur der Cornealreflex war auf beiden Seiten abgeschwächt. Ebenso fehlten Zeichen von Ataxie bei der Aufnahme, doch gab Pat. an, seit einem halben Jahre ein taumeliges Gefühl zu haben. Im Laufe der Zeit aber traten ataktische Erscheinungen auf. Der Gang wurde unsicher und schwankend bei Augenschluß. Beim Fingernasenversuch besonders rechts deutliches Vorbeifahren. Ebenso trat Doppelsehen auf. Auch hier ergab die Hirnpunktion kein diagnostisches Resultat außer mäßigem Hydrocephalus internus. Bei der Lumbalpunktion zeigte sich erhöhter Druck des Liquor cerebrospinalis. Auffällig war das Schwanken und der Wechsel der an und für sich geringfügigen Herd- und Nachbarschaftssymptome. Nach vorübergehender Besserung nahmen die ataktischen Erscheinungen beim Gehen und Stehen wieder zu. Der Cornealreflex erlosch ganz, während die Doppelbilder verschwanden. Bei der Sektion wurde eine gliomatöse Cyste der linken Kleinhirnhemisphäre gefunden.

Im dritten Fall war es möglich, mit Hilfe der Hirnpunktion die Diagnose einer Cyste zu stellen, die dann mit gutem Erfolg operativ entfernt werden konnte. Auch dieser Pat. suchte wegen starker Hirndruckerscheinungen die Klinik auf. Diese äußerten sich in Kopfschmerzen, gewöhnlich im Hinterhaupt, Erbrechen, Schwindel und Stauungspapille. Auch Ohrensausen und Flimmern vor den Augen belästigten den Patienten. Beim Blick nach oben und der Seite Nystagmus, Gang etwas unsicher, Sehnenreflexe gesteigert. Später traten Zeichen von Ataxie in den Armen, links stärker als rechts, Abschwächung der Cornealreflexe und Blickparese beim Blick

nach rechts auf. Auffallend war auch hier die Geringfügigkeit der Herd- und Nachbarschaftssymptome. Die Hirnpunktion wies eine Cyste der linken Kleinhirnhälfte nach, die mittels Punktionsspritze entleert wurde. In der Folgezeit vorübergehend Besserung aller Beschwerden. Die Kopfschmerzen und das Erbrechen ließen nach, die Gangstörungen verschwanden, und der Patient fühlte sich von Tag zu Tag wohler. Aber schon bald stellte sich das alte Symptomenbild in verstärktem Maße wieder ein, ein Umstand, der sicherlich auf erneute Füllung der Cyste zurückzuführen war. Zu dem Hinterhauptskopfschmerz gesellte sich jetzt noch Stirnkopfschmerz. Bemerkenswert ist auch, daß bei den Erscheinungen von Seiten des Kleinhirns und der Hirnnerven die Störungen der linken Körperseite überwogen. Es wurde nunmehr die Radikaloperation und Entleerung der Cyste vorgenommen, worauf zusehends anhaltende Besserung sämtlicher Beschwerden eintrat. Bei der Entlassung fühlte sich der Patient vollständig wohl. Keine Zeichen von Ataxie mehr, nur leichter Strabismus divergens war noch vorhanden. Der Augenhintergrund bot die Zeichen der abgelaufenen Neuritis optica.

Bei allen 3 Fällen wurde zu Lebzeiten die Diagnose auf eine Affektion des Kleinhirns hin gestellt. Was das Symptomenbild im einzelnenan geht, so traten frühzeitig Allgemeinerscheinungen auf, wie Kopfschmerzen, Erbrechen und Stauungspapille. Zu diesen Erscheinungen des allgemeinen Hirndruckes, die auf einen raumbeengenden Prozeß im Schädelinneren hinweisen, treten bald Herderscheinungen. Das führende Herdsymptom ist die statische Ataxie. Schwindelgefühl und Adiadochokinesis sind nicht so regelmäßig vorhanden. Von den Nachbarschaftssymptomen, die ebenfalls eine große Rolle spielen, sind Facialisparesen, Nystagmus, Abschwächung des Cornealreflexes und associierte Blicklähmung am wichtigsten. Aber auch sie fehlen sowohl in meinen Fällen wie auch sonst in der Literatur öfter. Für die Seitendiagnose (linke oder rechte Kleinhirnhemisphäre) kommt es naturgemäß auf die einseitigen Herd- und Nachbarschaftssymptome und dabei weniger auf das einzelne Symptom als darauf an, auf welche Seite die Mehrzahl dieser Symptome hinweist. Da aber nur in einem Teil der Fälle die Symptome auf der Tumorseite auftreten, in einem anderen Teil gerade auf der entgegengesetzten vorhanden sind, bei dem Rest der Fälle teils gleichseitig teils auf der anderen Seite erscheinen, so ist das sicherere differentialdiagnostische Hilfsmittel die Hirnpunktion, die freilich auch versagen kann, wie meine ersten beiden Fälle zeigen. Auch für die Artdiagnose der Neubildung im Kleinhirn ist die Hirnpunktion ausschlaggebendes Moment. Hier käme höchstens ein starkes Schwanken des Symptomenbildes und die Geringfügigkeit der Herderscheinungen überhaupt als Unterscheidungsmerkmal der Cysten von den soliden Tumoren in Frage. Heilung ist, wenn man von der druckvermindernden Wirkung der Hirnpunktion absieht, endgültig nur durch osteoplastische Schädelresection und Entleerung der Cyste möglich. Die Prognose der operativen Behandlung der Kleinhirncysten ist wegen ihrer scharfen Begrenzung am allergünstigsten von allen Tumoren der hinteren Schädelgrube.

Lebenslauf.

Ich, Kurt Mansbacher, wurde am 16. Januar 1895 als Sohn des Kaufmanns Siegmund Mansbacher in Dortmund geboren. Vom 6. bis zum 10. Lebensjahr besuchte ich die Volksschule und anschließend daran das städt. humanistische Gymnasium meiner Vaterstadt, wo ich Ostern 1914 die Reifeprüfung bestand. Ich studierte dann Medizin das erste Semester in Heidelberg und die folgenden 4 Semester in Bonn, wo ich am 27. Juli 1916 die ärztliche Vorprüfung bestand. Die beiden ersten klinischen Semester studierte ich in München und die letzten 3 Semester in Berlin, wo ich am 4. Juli 1919 das Staatsexamen und 4 Wochen später das mündliche Doktorexamen bestand. Das praktische Jahr verbrachte ich auf der inneren Klinik der städt. Krankenanstalten in Dortmund.